

Participant ID (STAFF ONLY)

Community Partners Response Intake Form

Referral Agency



NOMBRE LEGAL COMPLETO	
Nombre de Pila	Segundo Nombre
Apellido	Nombre Preferido

¿CÓMO TE ENTERASTE DE NOSOTROS? (por favor, elija 1)	
<input type="checkbox"/> Médico/Proveedor Médico	<input type="checkbox"/> Búsqueda de Internet
<input type="checkbox"/> Terapeuta/Proveedor de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Familiar/Amigo
<input type="checkbox"/> Administrador de Casos-Bienestar Infantil	<input type="checkbox"/> Maestro/Personal de la Escuela
<input type="checkbox"/> Administrador de Casos-Medicaid/Seguros	<input type="checkbox"/> Cuidador Infantil
<input type="checkbox"/> Administrador-SNAP/Otro Beneficio Económico	<input type="checkbox"/> Abogado/Servicios Legales
<input type="checkbox"/> Otro (rellene el cuadro que aparece a continuación)	<input type="checkbox"/> Proveedor/Iglesia de Servicios Sociales sin fines de lucro
Otro (si corresponde)	

¿CUÁL ES TU NECESIDAD URGENTE? (por favor, marque todo lo que corresponda)	
<input type="checkbox"/> Vida Diaria (ropa, higiene, teléfono)	<input type="checkbox"/> Salud Mental (terapeuta, psicólogo, etc.)
<input type="checkbox"/> Dentista	<input type="checkbox"/> Asistencia para Padres
<input type="checkbox"/> Educación	<input type="checkbox"/> Salud Física (Médico)
<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Uso de Sustancias
<input type="checkbox"/> Finanzas	<input type="checkbox"/> Relaciones de Apoyo
<input type="checkbox"/> Habilidades Generales para la Vida	<input type="checkbox"/> Transporte
<input type="checkbox"/> Alojamiento	<input type="checkbox"/> Utilidades
<input type="checkbox"/> Ayuda Legal	<input type="checkbox"/> Otro (rellene el cuadro que aparece a continuación)
Otro (si corresponde)	

INFORMACIÓN DE CONTACTO			
Número de Teléfono _____-_____-_____-	Dirección de Correo Electrónico		
Fecha de Nacimiento _____/_____/_____	Dirección (si no tiene vivienda estable, ingrese solo su código postal)		
Ciudad	Estado	Condado	Código Postal

CUESTIONES DEMOGRÁFICAS**IDENTIDAD DE GÉNERO (¿Te describes actualmente como?)** Mujer Prefiero no autoidentificarme Hombre Prefiero autoidentificarme: _____**RAZA/ETNIA (seleccione todo lo que corresponda)** Nativo Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico Asiático Blanco Negro o Afroamericano Prefiero no autoidentificarme Hispano o Latino Prefiero autoidentificarme: Medio Oriente o Norte de África

POR FAVOR, RESPONDA ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU FAMILIA

Número de Adultos en el Hogar: _____

Número de Niños Menores de 19 Años en el Hogar: _____

NOMBRE DE CADA NIÑO MENOR DE 19 AÑOS**FECHA DE NACIMIENTO**

¿ está usted actualmente embarazada o esperando un hijo (Madre o Padre)? Sí No

Según el número de personas en su hogar, ¿sus ingresos están por debajo del 200% del nivel de pobreza? (1 persona es \$31,300; añade \$11,000 por cada miembro adicional de la familia)

 Sí No**¿Tiene seguro médico actualmente?** Sí, privado/ACA Sí, Medicaid Sí, Medicare Solicitud en trámite No

Usted autoriza a Buffalo County Community Partners y a las agencias miembros del Community Response Team a compartir información para verificar la elegibilidad y coordinar servicios. Toda la información permanecerá confidencial.

Divulgación de intercambio de datos: Su privacidad y la protección de su información personal son nuestras principales prioridades. Cualquier información que comparta se almacenará de forma segura y solo el personal autorizado podrá acceder a ella con el fin de mejorar los servicios y apoyar a las familias.

Su nombre, el nombre de su hijo/a, su fecha de nacimiento ni ningún otro dato que lo identifique nunca aparecerán en los informes compartidos. Todos los informes se realizan a nivel de grupo para garantizar la confidencialidad de su identidad. Se le invitará a permitir que el programa y sus socios de evaluación (como el Equipo de Investigación y Evaluación de la Fundación para Niños y Familias de Nebraska) utilicen su información para comprender mejor qué está funcionando y cómo se pueden fortalecer los servicios.

¿Nos autoriza a compartir parte de su información con el equipo de Investigación y Evaluación de la Fundación para Niños y Familias de Nebraska y sus colaboradores? Sí No

Firma del Participante

_____/_____/_____
Fecha de Firma

Certificado de presencia legal en los Estados Unidos

Certifico lo siguiente (*esto no afectará a su elegibilidad para recibir el apoyo de Buffalo County Community Partners*):

Soy ciudadano de los Estados Unidos.

— 0 —

Soy un inmigrante calificado según la Ley Federal de Inmigración y Nacionalidad de EE. UU. Además de este formulario, he incluido una copia legible y actualizada de la parte frontal y reverso de uno o más de los formularios puestos a disposición por parte del USCIS (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos por sus siglas en inglés), los cuales se listan a continuación y son obligatorios para su verificación.

- I-327 (Permiso de reingreso)
- I-551 (Tarjeta de residente permanente)
- I-571 (Documento de viaje para refugiados)
- I-766 (Tarjeta de autorización de empleo)
- Certificado de ciudadanía
- Certificado de naturalización
- Visa de inmigrante legible por máquina (con anotación temporal I-551) o con sello temporal I-551 **(en el pasaporte o en el I-94)**
- I-94 (registro de llegada/salida)
- Pasaporte extranjero **en vigor (debe incluir un I-94)**
- I-20 (Certificado de elegibilidad para el estatus de estudiante no inmigrante (F-1))
- DS2019 (Certificado de elegibilidad para el estatus de visitante de intercambio (J-1))

Por la presente, certifico que mi respuesta y la información proporcionada en este formulario son verdaderas, completas y exactas, y entiendo que esta información puede ser utilizada para verificar mi presencia legal en los Estados Unidos.

Nombre en letra de imprenta _____
(Nombre, segundo nombre, apellido)

Firma _____

Fecha _____

Community Partners Response Participant Information

Actualmente yo estoy recibiendo los siguientes servicios y apoyo... (marque todos los que apliquen)	<input type="checkbox"/> Servicios educativos <input type="checkbox"/> Servicio de empleo <input type="checkbox"/> Servicios de comida <input type="checkbox"/> Servicios de vivienda <input type="checkbox"/> Servicios legales <input type="checkbox"/> Servicios medicos	<input type="checkbox"/> Servicios de salud mental <input type="checkbox"/> Servicios para el uso de sustancias <input type="checkbox"/> Servicios de transporta <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> NA/None
Actualmente yo estoy recibiendo los siguientes tipos de asistencia pública... (marque todos los que apliquen)	<input type="checkbox"/> Ayuda para niños dependientes/TANF <input type="checkbox"/> Subsidio para Cuidado Infantil (Titulo XX) <input type="checkbox"/> Estampillas para comida (SNAP) <input type="checkbox"/> Vivienda pblica/Seccin <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Asistencia con servicios públicos/ LIHEAP <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> NA/Ninguno
¿Estás ubierto actualmente por un seguro médico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
If yes, Health Insurance Type?	<input type="checkbox"/> Seguro de enfermedad <input type="checkbox"/> Programa estatal de seguro médico para niños <input type="checkbox"/> Por el empleador <input type="checkbox"/> Seguro médico de pago privado <input type="checkbox"/> Programa de servicios de salud para indígenas	<input type="checkbox"/> Seguro médico del estado <input type="checkbox"/> Servicios médicos de la Administración de Veteranos (VA) <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Seguro médico estatal para adultos <input type="checkbox"/> Otro: _____
Estado de la Vivienda	<input type="checkbox"/> Personas sin hogar <input type="checkbox"/> Riesgo inminente de perder la vivienda	<input type="checkbox"/> Personas sin hogar bajo otros estatutos federales <input type="checkbox"/> Huyendo de la violencia <input type="checkbox"/> Alojamiento estable
Veterano de La Armada de Estados Unidos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado?	<input type="checkbox"/> Menos que la secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria o GED <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios, sin ttulo <input type="checkbox"/> Certificado o credencial comercial	<input type="checkbox"/> Título de asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Título de posgrado o título profesional <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Victima / sobreviviente de violencia doméstica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuándo ocurrió la experiencia?	<input type="checkbox"/> En los últimos tres meses <input type="checkbox"/> De seis a doce meses atrás	<input type="checkbox"/> Hace de tres a seis meses <input type="checkbox"/> Hace más de un año
¿Estás huyendo actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene dificultad con alguna de los siguientes	<input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática <input type="checkbox"/> Barrera del Idioma <input type="checkbox"/> Negligencia Emocional <input type="checkbox"/> Behavioral/Mental Health <input type="checkbox"/> Condición de salud crónica	<input type="checkbox"/> Uso de Alcohol <input type="checkbox"/> Uso de drogas <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo
¿Hay alguien que no viva con usted quien podamos contactar si no podríamos comunicarnos con usted?		
<input type="checkbox"/> Sí, escribe la información	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
Nombre	Relación con usted	Teléfono
¿Tiene alguno de sus hijos una discapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí es así, ¿cuántos? _____
¿Usted o sus hijos CALIFICAN para Medicaid, Subsidio para Cuidado Infantil (Titulo XX) y/o almuerzo reducido o gratis, incluso si no recibe ninguno de ellos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar

Community Partner Response Employment Form

Por favor complete toda la información siguiente:

Esta actualmente empleado? (Si no, por favor proceda en la próxima página)

- Si, tiempo completo
 Si, medio tiempo
 No, pero estoy buscando trabajo
 No, y no estoy buscando trabajo, por que? _____

Cuántas horas trabaja por semana?

Cuántas horas trabaja por semana?

¿Cuál es su ingreso mensual estimado?

Quien es su empleador actual?

Si ustedene una necesidad personal, está comodo acercándose su empleador sobre cualquiera de lo siguiente:

- Cuidado de niño diario vivir Dentista Educación Empleo Finanzas habilidades generales para la vida Utilidades
 Alojamiento Ayuda Legal Salud Mental Crianza Salud Física Relaciones Abuso de sustancias Transportación

Está interesado en recibir apoyo individual? (crianza , presupuestar, mentoría, etc.)

- Si, estoy interesado en recibir apoyo
 No, no estoy interesado en recibir ayuda

Que otra asistencia necesita para satisfacer sus necesidades básicas?

Usted da permiso a Bufalo County Community Partners para contactar a su empleador para consultar con ellos sobre la informacion dada en esta forma? Si No

¿Qué recursos ha ofrecido su empleador que han sido más beneficiosos para usted y su familia?

Que desea que su comunidad o empleador supiera sobre sus deseos para su familia?

Firmando abajo, usted está de acuerdo que toda información en esta página es precisa y da permiso a Buffalo County Community Partners para contactar a otras agencias colaboradoras con respecto a su solicitud.

Nombre

Firma

Fecha

Participant ID (STAFF ONLY)

Referral Agency

Encuesta previa a la respuesta de los socios comunitarios

INSTRUCCIONES: Todas las partes de esta Encuesta posterior deben completarse al finalizar la participación en la Respuesta de la Comunidad o en la Connected Youth Initiative. El formulario puede completarse con la ayuda de un Central Navigator u otro proveedor de servicios, si es necesario.

Fecha:	
Nombre completo:	

Apoyos concretos

En el último mes, ¿no pudo pagar alguno de los siguientes gastos? Seleccione todos los que correspondan.

Alquiler o hipoteca
 Servicios públicos o facturas (electricidad, gas, teléfono, etc.)
 Comestibles/alimentos (incluidos formula infantil y pañales)

Cuidado de niños/guardería
 Medicamentos, gastos médicos o copagos
 Artículos básicos para el hogar o la higiene personal

Transporte (gasolina, abonos de autobús, viajes compartidos)
 Pude pagar todo esto

En el último mes, ¿ha experimentado alguna de las siguientes situaciones? Seleccione todas las que correspondan.

Retrasos o falta de atención médica o dental
 Desalojo de su casa o apartamento

Vivió en un refugio, hotel/motel, edificio abandonado o vehículo

Se mudó con otras personas debido a la imposibilidad de pagar el alquiler/hipoteca/facturas

Ha perdido el acceso al transporte habitual (por ejemplo, su vehículo ha sufrido daños totales o ha sido embargado)

Estaba desempleado cuando necesitaba y quería un trabajo
 Ninguna de estas opciones se aplica a mí

Tengo personas o recursos en los que confío si mi familia o yo necesitamos alguno de los siguientes servicios. Seleccione todos los que correspondan.

Ayuda con la vivienda o con servicios de asistencia
 Ayuda para comprar alimentos
 Ayuda para encontrar trabajo

Ayuda para encontrar atención médica o dental de calidad
 Ayuda con el transporte
 Apoyo o recursos para la salud mental

Asesoramiento sobre dinero, facturas o presupuestos
 Asesoramiento sobre relaciones y/o mi vida amorosa

Asesoramiento sobre estrés, ansiedad y/o depresión
 Asesoramiento sobre la crianza o sobre mis hijos
 Ninguna de las anteriores

¿Con qué frecuencia experimenta lo siguiente?

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
Tengo dificultades para pagar cada mes lo que necesito.					
Puedo comprar la comida que quiero para alimentar a mi familia.					
Me siento conectado con mi comunidad.					
Me siento seguro en mi vecindario.					
Alguien de mi familia amenaza con hacerme daño.					

Participant ID (STAFF ONLY)

Referral Agency

Estrés adicional debido al consumo de alcohol o drogas por parte de usted o de un miembro de su familia.					
Estrés adicional debido a su estado de salud o el de un familiar.					

¿Con qué frecuencia en los últimos 30 días ha:				
	Nunca	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
revisado y evaluado sus hábitos de consumo/gastos?				
llevado un registro sobre los gastos?				
calculado los ingresos y gastos mensuales de su hogar?				
identificado sus propios objetivos financieros para el futuro?				
pagado sus facturas a tiempo?				
seguido sus objetivos financieros?				
seguido un presupuesto semanal o mensual?				
realizado pagos para saldar sus deudas?				
utilizado una cuenta bancaria?				
pagado más que el interés de sus préstamos, créditos, etc.?				

Escala de esperanza					
Indique la medida en la cual está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Se me ocurren muchas formas de salir de un apuro.					
Persigo mis objetivos con energía.					
Hay muchas formas de solucionar cualquier problema.					
Incluso cuando las cosas se ponen difíciles, puedo mantener la motivación para alcanzar mis objetivos.					

Escala de resiliencia					
Indique la medida en la cual está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Suelo recuperarme rápidamente después de los momentos difíciles.					
Me cuesta mucho superar situaciones estresantes.					
No me cuesta mucho recuperarme de un acontecimiento estresante.					
Me cuesta recuperarme cuando ocurre algo malo.					
Normalmente supero los momentos difíciles sin muchos problemas.					
Tiendo a tardar mucho tiempo en superar los reveses de la vida.					

Factores de protección					
Para cada afirmación, seleccione la opción que mejor describa su experiencia. (Complete esta sección solo si es padre/madre/tutor legal).					
	No se parece en nada a mi vida	No se parece mucho a mi vida	Algo parecido a mi vida	Muy parecido a mi vida	Igual que mi vida
El futuro se ve bien para nuestra familia.					
En mi familia, nos tomamos tiempo para escucharnos los unos a los otros.					
Hay cosas que hacemos en familia y que son especiales solo para nosotros.					
Mi hijo se porta mal solo para molestarme.					
Siento que siempre estoy diciendo «no» o «no sigas con eso» a mis hijos.					
Tengo frecuentes luchas de poder con mis hijos.					
La forma en que respondo a mis hijos depende de cómo me siento.					
Tengo personas que creen en mí.					
Tengo a alguien en mi vida que me da consejos, incluso cuando son difíciles de escuchar.					
Cuando intento alcanzar un objetivo, tengo amigos que me apoyan.					
Cuando necesito a alguien que cuide de mis hijos con poca antelación, puedo encontrar a alguien en quien confiar.					

Participant ID (STAFF ONLY)



Referral Agency

Community Partner Response Support Services Form

Please attach/send any leases, bills, and documents with this form.

Fecha:	
Nombre:	
¿Cómo le podemos ayudar? ¿Cuál es su necesidad? ¿Cómo cuánto cuesta? Por favor, incluya tantos detalles como le sea posible.	
¿Dónde podemos mandar su pago?– will be required to complete a W9	
Nombre del negocio	
Nombre del personal a contactar	
Número de teléfono del negocio	
Dirección del negocio (incluya ciudad, estado y código postal)	

Please indicate any support you have received from the following agencies, if any, in the blanks below:			
Community Action: _____	Jubilee Center: _____	DHHS: _____	S.A.F.E. Center: _____
Salvation Army: _____	NE ERA Program: _____	Other: (Agency: _____ Amount: _____)	
Total Amount Requested from Flex Funds			
Are you willing to meet with a coach to support your goals?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
If yes, please explain:			

(Solicitantes NO llenan esta sección)			
IN OFFICE USE ONLY			
Date of Payment:	Payment Method:	<input type="checkbox"/> Gift Card <input type="checkbox"/> Other: _____	
<input type="checkbox"/> Check (check # _____)			
Housing Amount:	Detailed need:	Employment Amount:	Detailed need:
Utilities Amount:	Detailed need:	Physical/Dental amount:	Detailed need:
Daily Living Amount:	Detailed need:	Mental Health Amount:	Detailed need:
Education Amount:	Detailed need:	Parenting Amount:	Detailed need:
Transportation Amount:	Detailed need:	Other/Coaching Amount:	Detailed need: